UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N° 229

# ACCIDENTS D'OCCLUSION AVEC INVAGINATION PAR DES TUMEURS POLYPEUSES BÉNIGNES DE L'INTESTIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 20 mai 1908 à 1 heure*

PAR

**Louis COLLIGNON**

*Président* . . . . M. RECLUS, *professeur.*

*Juges.* . . . . . MM. PINARD, *professeur.*
SEGOND, *professeur.*
MULON, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

229

# ACCIDENTS D'OCCLUSION AVEC INVAGINATION

PAR

# DES TUMEURS POLYPEUSES BÉNIGNES DE L'INTESTIN

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | **MM** |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie minérale | A. GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | DEJERINE<br>BRISSAUD |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | QUENU |
| Pharmacologie et matière médicale | G. POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Gilbert BALLET |
| Pathologie comparée et expérimentale | ROGER |
| Clinique médicale | DEBOVE<br>LANDOUZY<br>HAYEM<br>DIEULAFOY |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU<br>SEGOND<br>BERGER<br>RECLUS |
| Clinique ophthalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | ALBERT ROBIN |

**Agrégés en exercice**

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX |
| BALTHAZARD | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BRANCA | DEMELIN | LECÈNE | OMBREDANNE |
| BEZANÇON | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BRINDÉAU | DUVAL | LENORMANT | PROUST |
| BROCA ANDRÉ | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BBUMPT | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| CARNOT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des trav. anat. |
| CASTAIGNE | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CLAUDE | JOUSSET | MORESTIN | ZIMMERN |
| | LABBÉ | MULON | |

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1908 N°

# ACCIDENTS D'OCCLUSION AVEC INVAGINATION PAR DES TUMEURS POLYPEUSES BÉNIGNES DE L'INTESTIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 20 mai 1908 à 1 heure*

PAR

**Louis COLLIGNON**

*Président* . . . . M. RECLUS, *professeur.*

*Juges* . . . . . MM. PINARD, *professeur.*
SEGOND, *professeur.*
MULON, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1908

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

*A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS*

*EXTERNAT DES HOPITAUX*

1902 Monsieur le Professeur agrégé JALAGUIER, Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Assistés.

1903 Monsieur le Professeur agrégé MÉNÉTRIER, Médecin de l'Hôpital Tenon.

1904 Monsieur le Professeur agrégé SCHWARTZ, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

1905 Monsieur le Professeur agrégé AUVRAY, Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

— Monsieur le Docteur BOISSARD, Accoucheur de la Maternité de Tenon.

1906-1907 Monsieur le Docteur POTTERAT, Chirurgien de l'Hôpital Broussais.

*INTERNAT DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH*

1905 Monsieur le Docteur MAYET, Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph.

— Monsieur le Docteur LEBEC, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph.

1906-1907 Monsieur le Docteur MESLAY, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

1908 Monsieur le Docteur LEROUX, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph, Service des Enfants et Contagieux.

— Monsieur le Docteur LORRAIN, Chef du Laboratoire.

# INTRODUCTION

Les accidents déterminés par la présence de tumeurs polypeuses implantées sur la muqueuse intestinale sont pour ainsi dire constants dans leurs manifestations cliniques et dans leur évolution : ils sont en effet d'ordre mécanique et leur modalité symptomatique peut être résumée en ces deux termes pathologiques : l'occlusion intestinale et l'invagination.

Mais s'il est facile d'expliquer les résultats qui se déduisent physiquement de l'étiologie une fois connue, il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit inversement de remonter des phénomènes cliniques à leur cause déterminante, et rien n'est plus difficile et plus aléatoire que de poser le diagnostic de fibrome intestinal par exemple en présence d'un malade qui accuse les signes habituels d'une occlusion intestinale.

Or là précisément serait l'intérêt de la question au point de vue du diagnostic d'une affection rare d'une part, au point de vue surtout d'un traitement chirurgical rapide et d'une efficacité certaine d'autre part.

Malheureusement nous sommes mal armés pour établir pareil diagnostic : il nous manque en effet la plupart du temps un moyen d'exploration fondamental en chirurgie qui est le palper impraticable ou illusoire dans ces cas, et force nous est de nous contenter des symptômes subjectifs, fonctionnels, les seuls qui soient à notre portée. Aussi, ces tumeurs, bien qu'elles soient du domaine chirurgical sont-elles demeurées souvent inconnues, trouvailles d'amphithéâtre et de laboratoire.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant d'étudier ce sujet en

nous efforçant d'y chercher autre chose qu'une curiosité anatomo-pathologique et en rappelant qu'on doit penser à la possibilité de l'existence de ces tumeurs opérables, lorsque le diagnostic est hésitant et incertain.

## HISTORIQUE

Le premier auteur français qui ait mentionné la présence d'un polype fibreux au niveau de la surface interne de l'intestin grêle est Jules Cloquet qui a reproduit le dessin de la pièce dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, tome III, page 635. Livraison XXII, planches 5 et 6, vers l'année 1820.

L'observation fut publiée dans la suite par Dance dans son *Mémoire sur les invaginations morbides de l'intestin.*

Puis vient un cas présenté à la Société anatomique par M. Lafont dans le *Répertoire général d'Anatomie et de physiologie pathologiques*, année 1826, page 209, et *Bulletin de la Sociéte anatomique*, 1835, page 78.

Cruveillier a rapporté ce fait dans son ouvrage d'*Anatomie Pathologique* livre XXII.

En 1840 le docteur Smith publia dans le journal *Dublin Review* un cas de polype qui a été analysé dans les *Archives de médecine*, 1840, tome IX, page 86.

On trouve dans les *Transactions de la Société pathologique de Londres*, trois observations de polypes de l'intestin grêle : deux sont dues aux docteurs Ogier Ward et Prescott-Hewel ; la troisième au docteur Peacoch (*Transact of Pathol. Society*, 1846, p. 85).

En 1843, le docteur Allen en a publié une observation analysée dans les *Archives générales de médecine*, 1845, tome I, page 85.

Nélaton rapporte dans sa *Pathologie chirurgicale*, tome IV, page 462, un cas de la même affection d'après une pièce déposée dans le musée de Hunter à Londres.

En 1864 M. Dubrueil fait paraître un important travail sur cette question à propos d'un cas présenté par son interne M. Fer-

net, *Bulletin de la Société anatomique*, année 1864, tome IX, page 37.

En 1872, M. Duguet et son interne M. Lecourtois font publier un cas de polype fibreux de l'intestin grêle dans le *Bulletin de la Société anatomique*, XLI^e^ année, page 473. Dans ces dernières années, M. le professeur Reclus a signalé dans la *Revue de Chirurgie* de juin à août 1900 un cas de polype fibreux de l'intestin grêle dont l'observation est consignée dans notre thèse.

Nous avons nous-même présenté à la *Société anatomique*, en octobre 1907, une pièce ayant trait à une tumeur fibromateuse de l'intestin grêle, et qui avait déterminé des phénomènes d'occlusion avec invagination.

Les polypes siégeant au niveau du gros intestin paraissent avoir été observés plus anciennement que ceux de l'intestin grêle. Ils paraissent aussi plus communément rencontrés.

C'est ainsi que dès 1811, Monro Alexander note un premier cas de polype au niveau de l'angle sigmoïde du côlon, puis un autre siégeant au niveau de l'arc transverse du côlon (*The morbid anatomy of the human gullet Stomach and intestines* XXV, 567 pp. 11 Edinburg, A. Constable, 8 C° 1811.

A ce propos cet auteur rappelle que Rhodius avait déjà fait mention d'un cas analogue et que Fantonus avait observé chez un homme atteint de dysenterie un polype de 8 pouces de long pesant plus d'une livre anglaise.

En 1818, Baillie signale un polype dans l'anse sigmoïde du côlon.

Haven en 1855, dans un travail sur les occlusions et invaginations par polypes, ne trouve que 4 cas de polypes sur 258, chiffre auquel s'arrête sa statistique (*Statistics of two Lundred and fifty eight cases of intestinal obstruction*). (Philadelphia T. K. 8 P. Collens 1855).

En 1860, M. Duchaussoy à propos d'une étude très détaillée sur les occlusions intestinales, mentionne l'observation de Portal concernant des tumeurs polypeuses du côlon (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1860, XXIV).

Dans ce même travail, M. Duchaussoy relate l'observation de

Birkett sur des tumeurs polypeuses multiples au niveau de l'angle droit du côlon.

En 1878, MM. Chevallier et Chambard publient une observation très détaillée d'un fibro-myxome implanté sur le côlon ascendant et qui avait déterminé une procidence de l'intestin par l'anus.

En 1880, Heurtaux rapporte une observation de Luton concernant deux polypes siégeant dans l'S iliaque (Article « polypes » du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880).

M. Michaux en 1900, publie dans la *Revue de Chirurgie* de juin à août 1900, l'observation d'un gros polype lobulé du côlon descendant.

En 1904, Müller, en Allemagne, signale un cas de fibrome sous muqueux de (LXXVI. *Versammlung der naturforscher und averzte* in Breslau, 18-24 septembre 1904).

Nous devons signaler pour être complet les observations de du Puy, Meulewaeter, de Bauer, ayant trait à des tumeurs polypeuses du gros intestin, du côlon en particulier et ayant déterminé chaque fois l'invagination.

En récapitulant ces divers cas, nous voyons que 11 d'entre eux appartiennent à l'intestin grêle et 14 au gros intestin. Malheureusement nous manquons de documents précis sur un certain nombre d'entre ces dernières : celles de Fantonus, de Rhodius, Meulewaeter, Bauer et du Puy.

Telle est l'histoire de ces tumeurs, étudions maintenant leur constitution et leur rôle pathologique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME

Nous avons trouvé dans le travail de M. Duchaussoy (*Mémoires de l'Académie de médecine* 1860) bon nombre de documents anatomo-pathologiques.

*Siège du polype :*

| | | |
|---|---|---|
| Duodénum . . . . . | 3 | Duguet-Lecourtois.<br>Peacock.<br>Reclus. |
| Intestin grêle . . . . . | 2 | Cloquet.<br>Fernet. |
| La fin du jéjunum. . . . . | 1 | Allen. |
| Le commencement du jéjunum. | 1 | Lafont. |
| La fin de l'iléon. . . . . | 3 | Smith, Prescott 2 fois. |

Telles sont les localisations mentionnées pour l'intestin grêle.

Pour le gros intestin on note :

| | | |
|---|---|---|
| Angle droit du côlon . . . . | 1 | Birkett. |
| Côlon transverse . . . . . | 1 | Monro. |
| S iliaque . . . . . | 3 | Monro.<br>Baillie.<br>Luton. |
| Côlon descendant . . . . . | 3 | Meulewaeter.<br>Michaux.<br>Müller. |
| Côlon ascendant . . . . . | 2 | Portal.<br>Chevallier-Chambard. |
| Côlon . . . . . | | Du Puy. |

Dans l'observation de Bauer la masse fibreuse excrétée avait

son siège dans le gros intestin. Nous voyons d'après cette statistique qu'il y a un léger excédent au profit du gros intestin.

*Siège dans l'abdomen* :

Six fois dans l'hypocondre ou la région iliaque.

Trois fois entre l'épigastre et le nombril.

Trois fois entre le nombril et l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit.

Deux fois entre le nombril et l'hypocondre gauche.

La région n'est pas indiquée dans les autres cas.

*Caractères du polype.* – Celui que décrit Smith avait 38 millimètres de long, il était formé d'une substance solide naissant de la membrane muqueuse par un pédicule étroit. Celui dont Baillie a donné la figure avait plutôt un collet qu'un pédicule ; il était du volume d'un gros œuf de poule et oblitérait complètement l'S iliaque.

La tumeur de Prescott avait le volume et la forme d'une poire, un long pédicule, une structure fibreuse, des vaisseaux, une couleur d'un brun livide ; et un autre composé aussi de tissu fibreux et de vaisseaux long de 2 pouces trois quarts, large de 1 pouce et demi, avec un pédicule gros comme le petit doigt et long de 1 pouce et demi.

Allen en décrit un de 3 pouces anglais (75 millimètres) de long et fibreux.

Celui de Meulewaeter avait le volume du poing.

Fantonus en a vu un de 8 pouces de long et pesant 500 grammes.

Dans l'observation de Portal il s'agit de polypes fibreux multiples ayant causé l'étranglement interne.

Nous avons reproduit dans une de nos planches le dessin figuré dans l'atlas de Cruveilhier représentant deux productions polypeuses.

*L'insertion* a lieu dans le plus grand nombre des cas au niveau du bord convexe de l'intestin.

*La forme* de ces polypes est généralement ovoïde et ils sont supportés par un pédicule dont la longueur est quelquefois considérable.

Ainsi dans le cas de Prescott-Hervet le pédicule n'avait pas moins de sept centimètres et demi de long.

*Le volume* des polypes est assez variable ! les uns ne dépassent pas le volume d'une noisette ; d'autres atteignent celui d'une noix et même d'un œuf.

*Leur surface* est presque toujours lisse et présentant l'aspect du reste de la muqueuse intestinale, quelquefois ulcérée au sommet.

*Constitution du polype. Structure.* — La structure n'est pas indiquée dans la plupart des observations, ou l'est d'une manière très vague.

Ainsi on se contente de noter que le polype était charnu (Smith-Allen), d'aspect fibreux et abondamment fourni de vaisseaux sanguins (Prescott).

Dans une des observations du docteur Prescott, il est dit que le polype examiné au microscope avait une structure manifestement fibreuse.

A propos du cas de M. Lafont le professeur Cruveilhier s'exprime ainsi : « Ces tumeurs sont mamelonnées à pédicule étroit, formé par la membrane muqueuse toute seule d'où il résulte évidemment que ces polypes appartenaient exclusivement à la membrane muqueuse. Les mamelons que présentent ces tumeurs me paraissent formés aux dépens des papilles ou villosités. Leur section démontre une structure aréolaire et gélatiniforme ».

Dans l'observation de Fernet, on voit que :

« Sur une coupe la tumeur offre un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblent partir du pédicule et se portent dans le sens du plus grand diamètre du polype. Ce tissu examiné au microscope n'est formé que de deux éléments, du tissu lamineux et des fibres musculaires lisses dirigées toutes dans le même sens, celui suivant lequel le tissu était strié. En conséquence le polype paraît formé par l'hypertrophie de la couche musculeuse et de la couche celluleuse de l'intestin ».

Heurtaux rapproche les polypes intestinaux de ceux beaucoup plus fréquents qui se voient dans l'utérus :

« Dans les deux cas l'évolution est analogue : une production myomateuse se développe dans la tunique musculaire, fait une saillie qui soulève la muqueuse et forme parfois une tumeur assez grosse. Par suite de sa progression vers le canal intestinal, souvent la connexion qui rattachait primitivement la tumeur à la tunique musculaire se détruit de sorte qu'on ne la trouve plus à une certaine période et que l'on pourrait méconnaître l'origine ou le point de départ du polype.

*Accidents déterminés par le polype. Etranglement.*—Ces divers documents anatomo-pathologiques permettent d'établir une classification de ces tumeurs polypeuses.

Elles peuvent être de trois espèces :

1° Par hypertrophie musculaire ;

2° Par hypertrophie cellulaire ;

3° Par hypertrophie muqueuse (polypes glandulaires).

Cette troisième variété est exceptionnelle et n'est signalée que dans l'observation de M. Cruveilhier où il s'agit d'un polype cancéreux de la muqueuse du duodénum.

La première variété, par hypertrophie musculaire, nous intéresse surtout : elle fournit à l'observation trois variétés d'occlusion intestinale dont M. Nélaton explique ainsi le mécanisme :

« Le cas le plus simple est celui dans lequel la tunique musculaire de l'intestin hypertrophiée forme une tumeur qui se développe dans la cavité du tube digestif, rétrécit graduellement le canal et finit par l'oblitérer. Nous avons vu dans le musée de Hunter à Londres, sous le n° 1266, une tumeur de cette nature. La tumeur qui fait saillie dans l'intestin paraît formée par l'hypertrophie de la couche interne des fibres musculaires.

La membrane muqueuse qui recouvre la tumeur est ulcérée à son sommet. D'autres fois, une portion des fibres musculaires hypertrophiées fait saillie dans la cavité intestinale, se trouve supportée par un pédicule musculaire et forme dans l'intérieur du tube digestif une espèce de valvule, de soupape qui se ferme lorsque les matières sont poussées dans une direction et s'ouvre au contraire de manière à laisser au canal toute sa perméabilité lorsque des liquides pressent dans la direction opposée. Il est

évident que les accidents seront subordonnés à la direction de la valvule. Celle-ci est-elle disposée de manière à permettre aux matières de circuler de haut en bas, c'est à peine si pendant la vie, on pourra soupçonner une altération du tube digestif.

Mais si la soupape s'ouvre en sens inverse, le poids des matières abaissera la valvule.

Le tube intestinal peut en outre être notablement rétréci et bientôt en raison des progrès incessants de la maladie on verra survenir une occlusion complète.

Déjà Cruveilhier signalait que « le nombre des cas dans lesquels on trouve des polypes avec un étranglement interne est assez considérable.

Mais pour lui, souvent « le polype n'est pas la seule cause de l'étranglement. Souvent même il ne jouerait qu'un rôle accessoire.

« C'est ainsi, dit-il, que nous avons considéré le cas de Peacok dans lequel les brides seules effectuaient l'étranglement. Cependant, ajoute cet auteur, les polypes peuvent quoique rarement produire l'étranglement en bouchant complètement l'intestin, sans l'intervention d'aucune autre lésion ».

Le cas de Baillie constitue un exemple typique de cette disposition (*Morbid anatomy London* 1812, fascicule IV, planche VI, figure 2).

« Dans le cas de Birkett, on voit l'action combinée de la tumeur et d'un rétrécissement. Ce rétrécissement ne doit pas être pris ici pour une lésion distincte du polype : il en est l'effet direct : c'est le développement de la tumeur qui en tirant la membrane muqueuse à elle a produit son froncement et la diminution du calibre de l'intestin ; remarquez encore qu'ici le corps étranger est au-dessous du rétrécissement et non pas au-dessus comme c'est l'ordinaire quand le corps étranger vient du dehors et rencontre un rétrécissement qu'il n'a pas contribué à former.

« Dans une des observations de Prescott l'étranglement doit plutôt être attribué à l'invagination qu'au polype ; dans l'autre au contraire c'est le polype qui obstruait l'intestin.

« C'est l'invagination déterminée par le polype qui produisait les symptômes d'étranglement dans les cas de MM. Lafont, Meu-

lewaeter, Cloquet, du Puy, Allen-Prescott, Hervet, ou du moins si l'on ne peut dire que l'étranglement était produit plus particulièrement dans ces cas par l'invagination, il faut reconnaître qu'elle y prenait une part au moins égale à celle du polype.

« Dans les autres observations, le polype paraît avoir causé seul l'étranglement ».

M. Haven sur 258 cas n'a trouvé que 4 cas de polypes ; dans les 4 il y avait en même temps invagination et ces 4 polypes naissaient tous du petit intestin.

L'invagination constitue donc le second accident déterminé par le polype intestinal et peut être celui d'où dérive et dont dépend le premier accident mécanique signalé : l'obstruction.

En effet cette fréquence de l'invagination dans les étranglement par des polypes nous montre que ces corps agissent rarement en obturant l'intestin comme le font les calculs, les vers ; ils ne sont le plus souvent que des causes prédisposantes d'un étranglement qu'effectue un autre agent.

« Le tube intestinal est très dilatable, les matières qui trouvent un obstacle au dessus du polype, dilatent la paroi opposée à son insertion et passent, mais lorsqu'une inflammation provoquée par le tiraillement du pédicule du polype par la stase des matières ou par toute autre cause a fait perdre à l'intestin sa dilatabilité, les matières s'accumulent au-dessous du polype, pèsent sur lui et le dépriment ; son pédicule entraîne les parois de l'intestin, il se fait une invagination et alors l'obstacle est complet et l'étranglement survient.

L'invagination est donc la cause initiale de l'étranglement survenant à titre d'épiphénomène mécanique. M. Duguet arrive également à ces conclusions en déclarant que le polype bien que jouant un rôle considérable dans la production de l'invagination, n'en reste pas moins sur le second plan-puisque dans tous les cas la mort doit être rapportée avant tout au seul fait de l'invagination. C'est pourquoi dans toutes les observations l'histoire des phénomènes auxquels le polype a pu donner lieu n'est pas facile à dégager de ceux qui appartiennent à ses complications ».

L'étendue de l'invagination varierait d'après M. Duguet suivant le siège d'insertion du polype.

Il pense que l'invagination était importante dans le cas de Fernet ainsi que dans le plus grand nombre parce que le polype s'insérait sur une portion d'intestin grêle assez rapprochée de la valvule iléo-cœcale, par conséquent sur une portion essentiellement mobile et disposée pour une invagination facile.

Tandis que dans le cas de M. Lecourtois au contraire le siège du polype dans le duodénum ne lui permettait pas à cause des connexions intimes de cette portion presque fixe d'intestin, une invagination plus considérable.

« Au duodénum l'invagination a nécessairement des limites bientôt atteintes et qu'une force même très puissante ne saurait dépasser. Nous en avons une preuve suffisante dans le fait de M. Lecourtois où l'on voit d'une part le polype tendant à s'engager plus avant dans le tube intestinal ; d'autre part des brides pseudo membraneuses anciennes indiquant de la façon la plus nette jusqu'à quel degré les liens du duodénum permettent l'invagination.

*Etat de l'intestin au point étranglé.* — Dans l'observation de Portal, le côlon est variqueux et ulcéré en plusieurs endroits.

M. Birkett nous montre l'intestin rétréci comme s'il était serré avec une corde et signale à sa face interne des plis épais de la membrane muqueuse au-dessus du polype.

Nous voyons des lésions plus graves dans l'observation de M. Allen : épanchement de beaucoup de matières fécales mousseuses dans l'abdomen ; petite rupture à la partie inférieure du jéjunum, 16 pouces de cet intestin étaient gangrénés au-dessous du polype qui avait déterminé une invagination. MM. Ward et Prescott signalent dans leur première observation l'état gangréneux de la membrane muqueuse dans l'invagination qui existait immédiatement au-dessus du polype ; il n'y avait pas d'adhérences dans cette invagination et il fut facile de la détruire. Ils ont noté au contraire ces adhérences dans leur seconde observation, le polype occupait la partie inférieure du boudin d'inva-

gination et au-dessus de cette invagination il y avait une large et profonde ulcération de la membrane muqueuse.

Le polype était aussi situé à l'extrémité inférieure du boudin dans l'observation de Meulewaeter et dans celle de Smith où l'on voit une invagination de 12 pouces d'iléon à travers la vulvule iléo-cœcale.

Dans celle de Lafont les deux polypes occupaient le centre de la portion invaginée ; le plus gros était situé immédiatement au-dessous du collier et devait obturer complètement l'intestin en ce point.

*Etat de l'intestin au-dessus de l'étranglement.* — Il n'en est fait mention que dans cinq cas ; on note la distension par des gaz et une petite quantité de matières fluides. Cette distension est très marquée dans le cas de M. Lafont où M. Cruveilhier signale une dilatation sphéroïdale énorme de la portion supérieure du duodénum. Il est souvent difficile de dire si la dilatation est due au polype lui-même ou si elle doit être attribuée seulement à l'invagination qui l'accompagne si souvent.

La gêne apportée par la tumeur au passage des matières joue ici sans doute le principal rôle.

*Etat de l'intestin au-dessous de l'étranglement.* — Au-dessous de la tumeur au contraire, l'intestin est un peu rétréci.

La paroi opposée à l'insertion du polype peut être dilatée ; et si on voit que des polypes, même les plus volumineux, n'ont pas obstrué le calibre de l'intestin, c'est que cette dilatation, formée par le passage continu des matières vient contrebalancer le rétrécissement que produit la tumeur.

Dans le cas du docteur Peacock le polype occupait une si grande portion du canal que l'extrémité du petit doigt pouvait à peine s'engager dans la partie restée libre.

En général l'intestin est trouvé vide au-dessous de la tumeur, excepté par M. Birkett qui a trouvé des gaz et quelques scybales.

*Etat des autres organes.* — Ces tumeurs ont sur les parties avoisinantes du tube digestif une influence manifeste. Ainsi la traction qu'elles exercent sur la paroi intestinale au niveau de l'insertion de leur pédicule, détermine quelquefois une dépression

ombiliquée du côté de la surface péritonéale ; cette dépression est inclinée du côté de la partie inférieure de l'intestin parce que le polype est ordinairement entraîné et tiré dans cette direction par le cours des matières intestinales et par les contractions péristaltiques.

*Péritonite.* — Elle est indiquée dans six observations :

| | Durée de la maladie. | Durée de l'étranglement. |
|---|---|---|
| | — | — |
| Allen . . . . . | 34 jours | 6 jours. |
| Prescott . . . . | 7 ou 9 jours | 7 ou 9 jours. |
| Prescott . . . . | 2 mois | 17 jours, |
| Smith . . . . . | — | 3 jours. |
| Birkett. . . . . | 100 jours | 100 jours. |
| Bauer . . . . . | plusieurs années | 8 à 10 jours. |
| Portal . . . . . | plusieurs années | on dit fièvre lente. |
| Du Puy. . . . . | 1 an | on dit fièvre lente. |

On a vu l'épiploon rétréci et rétracté adhérent au péritoine pariétal (Prescott, des tubercules dans le grand épiploon (Birkett).

## SYMPTOMES

La symptomatologie des polypes de l'intestin grêle est à peu près nulle ; il est impossible en effet de rapporter à cette affection les phénomènes qui ont été signalés dans les observations. Les phénomènes qui sont ceux de l'étranglement interne doivent être attribués évidemment soit à l'invagination soit à un rétrécissement de l'intestin ; le début brusque et la marche rapide des accidents montrent bien qu'ils ne sont dus qu'à la complication intercurrente. Les signes fonctionnels sont en tous cas les seuls qu'on puisse dépister en pareilles circonstances.

Dans l'observation de M. Lafont, le malade avait éprouvé à plusieurs reprises des coliques très douloureuses et des vomissements : ces accidents s'étaient renouvelés cinq fois dans une année et ce n'est qu'à la cinquième fois qu'il survint un étranglement interne dont le malade mourut. Mais si les polypes ne paraissent produire par eux-mêmes aucun accident sérieux ils constituent une prédisposition singulière à l'invagination ainsi que l'indique M. Duchaussoy et M. Besnier dans son mémoire sur les étranglements internes de l'intestin. Celle-ci en effet se rencontre dans presque toutes les observations et elle paraît devoir être, au moins le plus souvent, attribuée à la présence de la tumeur qui agit mécaniquement pour la produire.

On comprend en effet qu'il suffit d'une accumulation de matières au-dessus du polype ou de toute autre cause pour que le pédicule soit tiraillé et entraîne les parois de l'intestin ; les affections du tube digestif elles-mêmes peuvent bien amener le même résultat quand les contractions péristaltiques violentes tendent à expulser le polype qui entraîne avec lui les parois auxquelles il est attaché.

Cependant il faut remarquer que le polype ne paraît pas toujours être la cause de l'invagination et que parfois on ne peut le considérer que comme une coïncidence ; car pour qu'on pût attribuer l'invagination à la seule action mécanique du polype, il faudrait qu'il fût situé à la partie inférieure du cylindre central ; or il n'en est pas toujours ainsi. M. Cruveilhier fait remarquer que dans le cas de M. Lafont les deux tumeurs n'avaient pas été la cause de l'intussusception, puisque la plus considérable était à la partie supérieure de l'invagination et que l'autre n'était pas au point le plus décline.

Dans un cas de Prescott, cet auteur s'exprime ainsi :

« L'invagination de l'intestin n'était pas due à la présence du polype qui se trouvait au-dessous de la portion invaginée ».

Dans le seul cas où il n'y a pas eu d'invagination, la mort fut le résultat d'un étranglement produit par une bride fibreuse (Peacock).

Le cas de M. Lecourtois est une observation de mort amenée lentement par un polype dont la présence équivalait sous le rapport symptomatique à une occlusion intestinale progressive.

Aussi voyons-nous chez son malade se produire, d'abord de la difficulté puis enfin l'impossibilité de passage des aliments solides ; plus tard la gêne se montre également pour les liquides, accompagnée de tiraillements épigastriques.

La part réservée aux symptômes physiques est presque nulle. Dans l'observation de M. Lecourtois, la tumeur causait une certaine rénitence située profondément et difficile à circonscrire.

Le lobe gauche du foie présentait un développement un peu anormal, condition propre à égarer le diagnostic. M. Duguet insiste sur le caractère des vomissements, car, dit-il, bien que l'occlusion intestinale par le polype fût assez prononcée pour avoir donné lieu à des vomissements très violents, on ne voit pas que ces vomissements aient jamais été stercoraux, ce qui vient à l'encontre des conclusions tirées par M. Cossy dont la principale est la suivante : « Les vomissements stercoraux sont d'autant plus fréquents que l'obstacle siège plus haut sur l'intestin grêle ».

M. Besnier qui a cherché à vérifier ce fait après avoir relevé

ces observations est arrivé à des conclusions bien moins singulières et l'on peut reproduire ici les paroles de M. Cruveilhier lorsqu'il étudiait le cas de M. Lafont :

« Il est bien difficile d'admettre une odeur stercorale dans des matières que l'autopsie démontre venir de l'estomac ou du duodénum ».

Les Anglais ont mis en lumière un symptôme tiré de la séméiologie urinaire : il a trait à la diminution de la quantité des urines, notable dans le cas de M. Lecourtois. Les médecins anglais qui attachent à ce fait une grande valeur lorsqu'il s'agit de déterminer à quelle hauteur siège l'obstacle au cours des matières en concluent que cette diminution dans les urines se rapporte toujours à un obstacle situé dans la portion élevée de l'intestin grêle. Le fait de M. Lecourtois viendrait donc à l'appui de cette assertion.

La symptomatologie des polypes duodénaux la mieux connue peut donc se résumer ainsi. Une gêne progressive dans le passage des aliments suivie bientôt de vomissements incolores, irréguliers et quelquefois intermittents.

Une constipation opiniâtre.

Une douleur fixe occupant la région épigastrique.

Une diminution relative dans la quantité des urines.

L'absence de ballonnement du ventre.

L'absence d'état fébrile.

Un affaiblissement progressif dû au défaut d'alimentation.

Au niveau du gros intestin, l'obstacle à la perméabilité intestinale, provoque également le phénomène constant d'invagination.

Mais si les invaginations bornées à l'intestin grêle et de peu d'étendue ne produisent souvent aucun phénomène appréciable, il n'en n'est pas de même de celles qui s'étendent au côlon et qui ont une certaine longueur : avant qu'elles existent à ce degré de gravité qui les rend mortelles, il se passe quelquefois pendant un temps plus ou moins long des phénomènes qui ont quelque valeur dans le diagnostic de la maladie, et qui font supposer que l'invagination ne se forme que peu à peu et pour ainsi dire d'une manière insensible.

Ainsi pendant longtemps on observe des signes d'embarras dans la circulation des gaz intestinaux et des matières fécales, d'où résultent des nausées, des hoquets, des vomissements et une constipation habituelle, malgré les envies fréquentes d'aller à la selle.

Le malade est souvent tourmenté par des coliques qui s'exaspèrent à la moindre erreur de régime ; ses digestions sont imparfaites et continuellement troublées par des flatuosités incommodes; il maigrit et sa physionomie prend cet aspect particulier de souffrance qu'on remarque dans la plupart des affections abdominales.

Quelquefois on note des émissions sanguinolentes par l'anus.

A cette période de la maladie il est impossible de statuer rien de bien précis sur la nature de la cause qui produit ces accidents. On ne négligera jamais de pratiquer le toucher rectal qui dans bien des cas donne des renseignements d'une importance capitale ainsi que nous le verrons au chapitre du diagnostic.

Parfois le palper indiquera la présence d'une tumeur soit dans l'une des fosses iliaques soit en un point correspondant à portion transverse du côlon.

En résumé la symptomatologie se réduit aux éléments suivants : constipation opiniâtre avec envies fréquentes d'aller à la selle imitant le ténesme dysentérique. Coliques. Nausées. Vomissements verts puis fécaloïdes. Facies grippé. Le pouls ne tarde pas à devenir petit, serré. La peau devient jaunâtre. Le ventre devient très sensible.

Plus tard, ces douleurs se modifient quand l'intestin distendu et paralysé ne se contracte plus.

Parfois élimination du segment invaginé, ou de fragments de tumeurs (cas de Portal).

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Comme l'indique l'insuffisance de ces symptômes, le diagnostic positif des polypes de l'intestin grêle ne pourra guère être fait ; à peine pourrait-on en soupçonner l'existence si dans un cas d'invagination de l'intestin grêle, on avait reconnu auparavant la présence d'une petite tumeur sur cette portion du tube digestif.

La plupart des cas d'étranglement interne produits par des polypes présentaient une invagination de l'intestin. C'est donc le diagnostic des invaginations qu'on aura à faire le plus souvent.

Si l'invagination est accessible au toucher, peut-être parviendra-t-on à reconnaître le polype qui en occupe l'extrémité inférieure.

Si l'on était parfaitement renseignés sur l'état du malade avant l'apparition de l'étranglement et qu'on eût remarqué dans un point du ventre une petite tumeur de l'intestin grêle devenue tout à coup volumineuse au moment où les accidents ont éclaté, peut-être pourrait-on soupçonner qu'un polype a produit une invagination, cause elle-même de l'étranglement, mais généralement ce diagnostic est impossible.

Quant aux polypes qui obturent le gros intestin, une sonde ou le doigt pourra quelquefois les faire reconnaître ; leur élasticité, leur pédicule les différencierait alors des calculs, des corps étrangers.

Il faudrait faire attention dans ce cas à ne pas se méprendre sur le siège réel du polype qui pourrait n'être descendu très bas que poussé par l'intestin invaginé comme dans le cas de Meulewaeter où l'on crut à un polype du rectum, erreur qui coûta la vie à un malade en portant le chirurgien à appliquer

une ligature sur ce qu'il croyait être le pédicule du polype.

Outre la sortie du polype par le rectum et la possibilité de le sentir par l'exploration directe du gros intestin, il est encore une circonstance qui permettrait de songer à cette cause d'étranglement, ce serait l'expulsion antérieure de tumeurs de même nature comme dans le cas de Portal, ou bien l'existence de polypes dans d'autres régions du corps.

Il existe un moyen d'apprécier la limite inférieure d'une occlusion intestinale : il consiste à introduire dans le rectum sous une pression relativement faible une certaine quantité de liquide et de juger d'après la quantité de liquide introduite, du niveau où doit se trouver l'obstacle.

Cette méthode ne donnera un résultat diagnostique que lorsque la limite inférieure de l'obstacle siège sur le gros intestin.

Toutefois on a pu forcer la valvule de Bauhin et faire pénétrer ainsi du liquide dans l'intestin grêle. Lors dònc qu'on aura pu faire pénétrer dans l'intestin une grande quantité de liquide, on ne sera pas autorisé à autre chose qu'à dire que l'obstacle ne siège probablement pas sur le gros intestin ou tout au plus au niveau du cœcum, mais on ne saurait aller plus loin, car il existe dans la capacité du gros intestin des variations considérables (1500 à 3900 centimètres cubes). Cependant la capacité moyenne est de 2 à 3 litres, et si en cas d'occlusion on peut injecter 2 litres c'est que l'obstacle siège plus bas que l'intestin grêle.

Si on peut injecter 3 litres c'est que l'obstacle est situé dans l'intestin grêle. Cette manœuvre doit être faite très prudemment pour ne pas faire éclater l'intestin.

Plus l'obstacle siège loin du pylore, plus semble-t-il les vomissements sont tardifs. Les vomissements initiaux au moment même du début de l'accès étant mis à part. Il semble que les vomissements surviennent d'autant plus tard que l'obstacle siège plus bas et qu'ils puissent même manquer complètement (lorsque l'obstacle siège à l'S iliaque). De même les vomissements fécaloïdes semblent surtout fréquents lorsque l'obstacle est situé dans l'intestin grêle, opinion contestée, ainsi que nous l'avons dit, par M. Duguet.

A côté des renseignements tirés de l'étude des vomissements, il faut faire une place pour ceux qu'on obtient par l'examen des urines. Lorsque le fonctionnement de l'intestin ne se fait pas normalement, on rencontre dans l'urine certains corps dont le plus connu et le plus important est l'indican.

D'après Nothnagel une très riche indicanurie apparaissant dès les premiers jours indique un obstacle sur l'intestin grêle ; son absence portera à penser que l'obstacle siège sur le gros intestin.

Dans les cas chroniques son absence est en faveur du gros intestin, mais sa présence n'a plus aucune valeur. Mais ce qui diminue l'importance de ce signe c'est qu'on le rencontre fréquemment lorsque existaient auparavant des troubles digestifs et qu'il est presque constant dans le cas de péritonite.

En résumé l'absence d'indicanurie aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques a une grande valeur et permet presque d'affirmer qu'il s'agit d'un obstacle au niveau du gros intestin (cœcum ou S iliaque).

Au contraire, l'existence de l'indicanurie a une valeur bien moindre ; et c'est seulement dans les cas aigus et lorsqu'elle est précoce qu'on aura lieu de supposer qu'une étendue assez considérable d'intestin grêle fait partie de l'obstacle.

L'âge des malades étudié dans les diverses variétés d'occlusion ne fournit aucun signe sérieux de présomption pour le diagnostic si ce n'est chez les jeunes enfants : en effet la fréquence relative de l'invagination à une époque peu avancée de la vie permettra, en présence de symptômes d'occlusion survenant chez un enfant, de penser surtout à cette forme de la maladie. L'invagination est fréquente chez l'enfant bien que le polype y soit tout à fait exceptionnel : nous mentionnons cependant dans nos observations le cas de Luton se rapportant à une enfant atteinte de rougeole et à l'autopsie de laquelle on trouve des polypes intestinaux.

L'étude des antécédents peut fournir quelques indices plus précis ;

Si les accidents d'occlusion surviennent dans le cours d'une

entérite ou d'une dysentérie on aura lieu de soupçonner une nvagination.

L'existence de l'une de ces deux affections dans les antécédents indiquerait plutôt un rétrécissement.

La douleur vive, le développement rapide des accidents se rapportent surtout à la variété la plus fréquente, l'invagination du gros intestin.

Chez les enfants la constipation est rarement absolue ; elle alterne avec de la diarrhée même sanguinolente. Nous ne nous sommes point proposés de passer en revue à propos du diagnostic différentiel toutes les causes d'occlusion intestinale, causes courantes tels que brides, coudures, torsion, calculs, nous insistons sur ce fait que le diagnostic peut porter sur plusieurs maladies différentes et qui cependant sont accompagnées des mêmes symptômes : par exemple un étranglement interne incomplet produit par toute autre cause : soit un rétrécissement organique de l'intestin, un cancer et plus que tout cela une entérite chronique ulcéreuse.

Mais souvent la maladie débute tout à coup et prend dès le commencement un caractère de gravité alarmant.

La douleur et la sensibilité locales sont des signes de grande valeur lorsqu'ils sont joints à d'autres plus caractéristiques et qu'il n'y a pas de déplacement des organes intéressés.

M. Ricard a récemment attiré l'attention sur un signe qui serait en faveur du siège de l'affection au niveau de l'intestin grêle, c'est le clapotement ombilical.

Le toucher exactement pratiqué doit faire percevoir des différences notables dans les deux flancs lorsqu'il s'agit d'une lésion du gros intestin et une main exercée pourrait reconnaître le déplacement du cœcum dès qu'il sera un peu considérable ; mais il faut être prévenu d'une intussusception intestinale pour être porté à faire des recherches relatives au diagnostic de cette maladie. Un amas de matières fécales dans l'S iliaque ou une tuméfaction de la rate pourraient en imposer pour la tuméfaction formée par l'invagination, mais les symptômes tant commémoratifs qu'actuels sont différents dans les deux cas.

Dance insiste sur ce fait qu'en cas de tuméfaction, il est facile de se rendre compte par l'aspect spécial de l'abdomen du siège présumé de l'obstacle.

L'une des fosses iliaques ne présente plus au palper sa rénitence normale : elle est dépressible tandis que du côté opposé, on remarque un relief avec sensation de dureté insolite.

Il est tout à fait impossible cliniquement d'établir à quelle variété histologique de tumeurs bénignes on a affaire. La soudaineté des accidents avec état général antérieur satisfaisant, l'absence de cachexie spéciale ou d'adénites permettraient d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur maligne ; mais lorsqu'il s'agit de lipomes ainsi qu'en ont signalé Morel au niveau de l'intestin grêle, Tuffier au niveau de l'S iliaque, de polypes glandulaires simples comme dans le cas de Laugier, il est de règle d'observer exactement les mêmes signes cliniques notés à propos des polypes fibreux : constipation opiniâtre, invagination, brusquerie des accidents.

Il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de polypes intestinaux sarcomateux comme dans le cas de Homolle (*Bulletin de la Société anatomique* XIV, 1870), là on trouve des signes indicateurs tels que selles hémorrhagiques, altération précoce de l'état général avant l'invagination.

D'autre part les végétations polypiformes ou polypes glandulaires et tuberculeux annoncent leur présence par des émissions alvines fréquentes qui contrastent avec la constipation amenée par la présence des tumeurs fibreuses. Elles sont de plus sanguinolentes ou muqueuses et vraiment caractéristiques de ces affections. M. Desnos dans le *Bulletin de la Société anatomique*, tome V, page 489, en rapporte une observation intéressante.

Dans la *Presse médicale* du 25 décembre 1907 M. Williams rapporte l'observation d'un papillome de l'anse oméga ayant déterminé l'invagination chez une femme de 45 ans. La malade présentait des phénomènes dysentériformes.

Notons enfin que dans le cours de certains purpuras rhumatoïdes Judson a signalé des symptômes d'occlusion intestinale avec invagination, vomissements fécaloïdes : on opère et souvent

on ne trouve que de la congestion ou des taches ecchymotiques de l'intestin avec invagination.

L'auteur explique ce fait de la façon suivante : par suite des hémorragies intestinales, il y aurait en certains points parésie intestinale et dilatation du segment intestinal correspondant, d'où invagination du segment sus-jacent (d'après Sutherland et Burrows).

Nous voyons en résumé que l'invagination est le phénomène le plus constant, malheureusement il ne fait qu'indiquer l'obstacle, sans éclairer le diagnostic sur la nature de cet obstacle.

Aussi devra-t-on chercher à grouper les quelques symptômes fournis par le palper seulement au niveau de l'intestin grêle, palper et toucher rectal s'il s'agit du gros intestin, et procéder par élimination des causes ordinaires d'occlusion avec invagination pour être amené à penser à l'existence d'une tumeur non maligne de l'intestin.

Nous ne nous méprenons pas sur la fragilité des symptômes sur lesquels s'étaie pareil diagnostic, mais cet obstacle bénin est facile à lever sans danger de récidive et il importe d'y songer en présence d'une occlusion dont l'étiologie paraît obscure.

Il peut arriver qu'un lithiasique ayant une vésicule biliaire grosse et douloureuse avec signes de rétention tels que l'ictère et crises douloureuses, fasse à un moment donné de l'obstruction calculeuse intestinale. Nous en avons vu un cas d'une netteté évidente chez une vieille lithiasique soignée dans le service de M. le professeur Gilbert et qui fut transférée en chirurgie dans le service de M. le docteur Potherat avec des phénomènes d'occlusion. M. Potherat ne put malgré de minutieuses investigations, trouver la cause des accidents, cause qui semblait haut située. Le cœcum étant modérément dilaté, M. Potherat l'ouvrit et créa à droite un anus artificiel. La malade dont l'état général était des plus mauvais au moment de l'intervention ne retira pas de cette opération faite *in extremis*, d'amélioration bien sensible ; malgré sérum artificiel, huile camphrée, elle continua à décliner et dans la journée suivante elle succombait.

A l'autopsie nous trouvâmes un énorme calcul obstruant com-

plètement la première portion du duodénum. Des adhérences s'étaient faites entre cette portion et la vésicule biliaire ; les parois de ces deux organes s'étaient ulcérées et le calcul qui n'aurait jamais pu franchir le calibre du cholédoque s'était engagé directement dans le duodénum.

Dans un article paru dans le *Lyon méd.*, 14 août et 11 septembre 1904, M. Porot cite un cas d'occlusion et invagination mortelles dues aux ascerides.

De tels faits indiquent qu'en matière d'occlusion on doit passer en revue lorsque le diagnostic est incertain, toutes les variétés étiologiques les plus exceptionnelles afin d'instituer un traitement rationnel.

## TRAITEMENT

Nous citerons à ce sujet les conclusions de M. Dubrueil :

« Si le polype accompagne une invagination, c'est le traitement de cette espèce d'étranglement qu'il faudra mettre en usage.

S'il est seul et accessible aux moyens chirurgicaux, on le traitera comme les autres polypes du gros intestin ; s'il n'est pas accessible l'étranglement sera levé par la gastrotomie, s'il a son siège haut situé dans l'intestin, dans le duodénum par exemple. Si le polype occupe le jéjunum ou l'iléon on pratiquera l'entérotomie. Au niveau du gros intestin si le polype est trop haut situé pour permettre de l'atteindre par l'anus, on pratiquera l'entérotomie.

Elle permettra au malade de vivre et peut-être plus tard le cours des matières se trouvera-t-il rétabli par la chute spontanée du polype. Nous conseillons ce dernier parti dans la pensée que le diagnostic de l'étranglement par un polype laisse bien des incertitudes car si l'on pouvait être sûr qu'une obstruction est produite uniquement par un polype, mieux vaudrait ouvrir l'intestin sur l'obstacle lui-même qu'on enlèverait ».

OBSERVATIONS

## OBSERVATIONS DE L'INTESTIN GRÊLE

**Observation** de Devilliers publiée par J. Cloquet et mentionnée par Dance dans son mémoire sur les *Invaginations intestinales*. 1820.

« Mais voici un genre de cause d'invagination qui n'avait point été soupçonnée et qui est pleinement confirmée par une observation recueillie par M. Devilliers et publiée par M. Jules Cloquet.

C'est à la complaisance de M. Breschet que je dois la connaissance de ce fait et la note succincte que voici, n'ayant pu me procurer l'observation avec tous ses détails.

Il s'agit d'une femme enceinte âgée d'environ 35 ans, morte d'une inflammation de l'iléon suite d'une invagination de treize à quatorze pouces de cet intestin, laquelle invagination avait été déterminée par un polype pédiculé naissant sur la face interne de la membrane muqueuse et qui poussé par les contractions intestinales avait entraîné l'intestin à sa suite ».

**Observation** de Smith, *Dublin Review. Archives générales de médecine*, 1840, tome IX, page .

M. Smith présente à la Société d'anatomie pathologique de Dublin une pièce dont voici l'histoire.

Une femme maigre, mais d'une constitution assez saine en apparence demanda à être admise dans un des hôpitaux de la maison de l'Industrie le 25 janvier 1840. Elle rapporta que la veille elle avait ressenti tout à coup une douleur très vive à l'abdomen, laquelle fut bientôt suivie de vomissement, de diarrhée, de ténesme.

Au moment de son entrée elle était constipée mais le vomissement et le ténesme persistèrent jusqu'au 27, jour où elle mourut. Les symptômes, comme on le voit, avaient eu une forte ressemblance avec ceux qui accompagnent l'étranglement interne d'une portion du tube intestinal. Cependant, pendant la vie, on n'avait pu constater l'existence d'aucune tumeur soit dans l'abdomen soit aux ouvertures par lesquelles on observe ordinairement la formation des hernies. A l'ouverture de la cavité abdomi-

nale les viscères présentèrent les caractères d'une péritonite à la première période, mais il n'y avait pas d'épanchement, ni de sérosité, ni de pus. La terminaison du petit intestin, et le commencement du gros formaient une tumeur considérable qui s'étendait depuis le côté gauche en bas, vers la fosse iliaque droite ; cette tumeur était constituée par une invagination de l'iléon, lequel dans l'étendue de douze pouces (mesure anglaise) avait passé à travers la valvule iléo-cœcale, dans le cœcum et le côlon. Un polype charneux, pyriforme qui avait un pouce et demi de long existait à la surface interne de l'iléon et paraissait avoir causé l'invagination.

Dans ses remarques sur ce cas M. Smith a distingué trois variétés d'intussusception, savoir :

1° Celle qui a lieu dans l'intérieur de la cavité abdominale, comme dans le cas dont il s'agit actuellement.

2° Celle dont la forme ordinaire du prolapsus qui nous fournit un exemple.

3° Celle qui complique quelquefois l'anus contre nature.

Relativement à la première variété, M. Smith fait observer qu'elle diffère des autres par la présence de trois cylindres, tandis que dans la chute du rectum et l'invagination à travers un anus artificiel, il n'y en a que deux dont l'interne est formé par cette portion du tube intestinal laquelle dans l'état normal était placée immédiatement au-dessus du cylindre extérieur ou d'enveloppe. M. Smith termine ses remarques intéressantes après être entré minutieusement dans tous les détails anatomiques, en expliquant la guérison qui a lieu rarement il est vrai, dans cette affection par la mortification de la partie invaginée de l'intestin ; ce qui rétablit la continuité du tube par l'inflammation adhésive qui agglutine la surface séreuse du cylindre interne au-dessus de la portion éliminée et la membrane séreuse du cylindre externe.

Les pièces ont été déposées au Musée du Richmond's Hospital.

**Observation** de Allen (*Archives générales de Médecine*, 1845, tome I, page 85).

Le sujet de cette curieuse observation recueillie par le docteur Allan était une femme de 34 ans. Admise à l'hôpital le 3 février elle avait été prise ce jour-là de vomissements de matières fécales qui se répétèrent à de courts intervalles. L'occlusion dont l'intestin paraissait le siège continua jusqu'au 20, et le 22 l'abdomen se couvrit de vésicules larges arrondies ou plutôt de véritables pustules.

Depuis son admission la malade s'était plainte de douleurs à l'épigastre et dans l'abdomen et l'on avait employé en conséquence la saignée, des applications de sangsues et des préparations mercurielles. Le 1er mars elle sembla se trouver mieux mais le lendemain les vomissements recom-

mencèrent et le 9, l'éruption pustuleuse de l'abdomen reparut et les téguments se flétrirent au-dessous et à droite de l'ombilic. Le même jour la malade fut prise d'une douleur vive avec le frisson ; le ventre se ballonna et la mort eut lieu le 10.

A l'autopsie on trouva une perforation de la partie inférieure du jéjunum à travers laquelle une petite quantité de matières fécales s'était fait jour dans la cavité du péritoine.

L'intestin était frappé de gangrène dans une étendue d'environ 16 pouces.

Immédiatement au-dessous de la perforation toute la cavité de l'intestin était occupée par une substance solide charnue naissant de la membrane muqueuse par un pédicule fort étroit.

Cette excroissance entraînant du haut en bas une portion de l'intestin, avait produit une invagination (*The Lancet* juin 1842).

**Observations** d'Ogier Ward et de Prescott-Hervet (*Transact of Pathol. Society*, 1846, pages 85).

La première pièce avait été présentée au musée de St-Georges Hospital par le docteur Ogier Ward. La malade, une femme de 34 ans, s'était présentée au dispensaire de Kensington se plaignant d'une douleur dans le côté droit, s'accompagnant de constipation et qui avait cédé à une médication purgative ; mais deux jours après elle fut reprise de vomissements et de constipation qui durèrent avec de faibles rémissions pendant 7 jours, jusqu'au moment de sa mort.

Ses matières vomies étaient d'abord de couleur verte, mais dans la suite ressemblaient à du gruau léger.

Il n'y avait pas de douleur en aucun point de l'abdomen.

Le corps fut examiné 30 heures après la mort. Le péritoine ne paraissait pas avoir été enflammé.

A environ 3 pieds du cœcum, il existait une longue invagination de l'intestin grêle. La partie invaginée qui pouvait être facilement réduite, ne présentait pas de traces d'inflammation sur sa surface externe. Mais la muqueuse était dépolie et grise et présentait une odeur gangréneuse.

Immédiatement au-dessous de la portion invaginée de l'intestin existait une tumeur de la dimension et de la forme d'une poire reliée à la surface interne de l'intestin par un long pédicule.

Cette tumeur était noirâtre et possédait de nombreux vaisseaux. Sa consistance était remarquablement dure et elle présentait une apparence fibreuse très marquée. Dans ce cas l'invagination de l'intestin n'était pas en rapport avec le polype qui était situé au-dessous de la portion invaginée.

La deuxième préparation consistait en une portion du petit intestin

dans lequel existait une invagination irréductible, en connexion avec un polype.

Il s'agissait d'un homme de 46 ans admis à St-Georges Hospital par le docteur Nairne avec des symptômes de péritonite accompagnée de diarrhée, de sueurs profuses, d'assoupissement et d'émaciation. La diarrhée qui existait depuis quelques mois avait été précédée d'une constipation opiniâtre qui durait pendant 8 jours.

Les symptômes alarmants s'améliorèrent légèrement, puis reprirent de nouveau et le malade mourut le 17e jour après son admission.

A l'autopsie, on constata la présence d'une grande quantité de liquide puriforme dans la cavité péritonéale liquide, fétide et contenant probablement des matières fécales.

Le péritoine recouvrant l'intestin était en plusieurs endroits très épaissi et couleur gris cendré.

L'intestin grêle était très distendu et le grand épiploon épaissi était fortement attaché en même temps qu'une portion de l'intestin grêle au péritoine pariétal de la région lombaire gauche, par une large bande fibreuse.

Après avoir détaché ces adhérences, on trouve une invagination de la partie de l'intestin grêle située à deux pieds du cœcum.

Au-dessus de l'invagination il y avait une énorme distension de l'intestin et au-dessous il y avait une légère contracture (rétrécissement).

A l'ouverture de l'intestin on trouve un grand polype uni à la portion invaginée. Le polype était piriforme, long de 7 centimètres et large de 4 centimètres dans sa partie la plus large. Le pédicule qui le reliait à l'intestin grêle était de la dimension d'un médius et long de 4 centimètres. La surface du polype était complètement lisse. Elle était pâle et très dure, présentant l'aspect du tissu fibreux et était largement pourvue de vaisseaux sanguins. La surface péritonéale de la portion invaginée était fort adhérente.

La portion de l'intestin située immédiatement au-dessous présentait sur sa surface muqueuse une large ulcération occupant 2/3 de son diamètre. Examinée au microscope, la structure du polype était bien de nature fibreuse. Cette dernière observation a un point de grand intérêt : l'existence d'une large ulcération de la portion de l'intestin située immédiatement au-dessus de l'invagination, ulcération par laquelle la portion invaginée en même temps que le polype aurait pu être séparée et éliminée par une garde-robe.

Les deux pièces sont conservées au musée de St-Georges Hospital.

**Observation** de Peacock. 15 mars 1847 (*Transact of the Gathological Society of London*, 1846-48. Tome I, pages 97-99).

*Etrangement interne entre deux bandes mésentériques avec polypes*

*fibreux de l'intestin.* — La pièce montrée à la Société provenait du corps d'un homme de 65 ans qui avait été admis dans un état de collapsus avancé à l'hôpital Royal libre et qui mourut avant qu'on ait pu le mettre au lit

L'autopsie des organes céphaliques et thoraciques ne révéla rien de pathologique. Le testicule gauche n'était pas descendu dans le scrotum et était situé immédiatement en dehors de l'anneau abdominal. L'abdomen était distendu. Le grand épiploon était relié par des adhérences anciennes aux régions inguinales et iliaque gauches. L'intestin grêle était très distendu, extrêmement enflammé et aggloméré par une transsudation relativement épaisse. Du point où le grand épiploon adhérait à l'aine gauche, s'étendait une bande fibreuse obliquement à travers la région hypogastrique jusqu'à la région iliaque droite et là à 2 ou 3 pouces du cœcum s'unissait à deux bandes flottantes de l'épiploon qui l'unissait d'une part au fond du cœcum, d'autre part à l'extrémité interne du ligament de Poupart. Entre ces bandes, il existait un espace triangulaire dont le sommet se trouvait à l'union des trois bandes et dont la base était formée par une portion de l'épiploon unie au cœcum et à la paroi abdominale dans la région iliaque droite.

Dans cet espace une portion de l'intestin s'était invaginée et s'y était étranglée.

L'étranglement portait sur une portion de l'intestin grêle, située à 6 pouces de l'iléon (15 centimètres) et était si serré que les tuniques étaient gangrénées et que en enlevant quelques adhérences molles qui unissaient cette portion de l'intestin à un repli voisin, un peu de matière fécale s'était écoulé.

L'étranglement sous-jacent était à 2 pouces de la fin de l'iléon (5 centimètres) et sur ce point il existait un léger sillon sur la surface antérieure de l'intestin.

A l'ouverture de l'intestin, on constata la présence d'un polype oval de la dimension d'une grosse bille attaché par une large base à la paroi antérieure et occupant une telle portion du diamètre intestinal que l'extrémité de l'index pouvait à peine passer au-dessus et au-dessous. La totalité de l'anse étranglée était de deux pouces et demi (7 centimètres). L'intestin au-dessus du premier étranglement était extrêmement distendu de matière fécale et ses parois extrêmement enflammées. Au-dessous de l'étranglement, le canal était vide et contracté et à l'exception d'un épaississement notable, il était absolument dépourvu de lésions. Un léger sillon à 33 pouces de la terminaison de l'iléon (80 centimètres) indiquait le point où la longue bande épiploïque se réfléchissant de la région inguinale gauche avait croisé l'intestin.

Une tumeur dure de la dimension d'une grosse noix était située dans

le méso iléo-cœcal. Elle était constituée par un kyste épais et fibro-cartilagineux qui était probablement une glande hypertrophiée et épaissie.

D'après l'enquête faite pour déterminer la cause de la mort de cet homme, on apprit qu'il souffrait de constipation depuis 8 jours et qu'il se sentait malade. Il avait néanmoins pendant ce temps-là continué à vaquer à ses occupations et était sorti comme d'habitude le matin de sa mort ; à cause de circonstances particulières il fut impossible de recueillir aucun renseignement sur son état de santé antérieur.

**Observation** de Fernet (*Bulletin de la Société anatomique*, année 1864, tome IX, p. 37).

Ce polype, qui avait causé une invagination intestinale chez un homme âgé de 45 ans, était situé à vingt centimètres de la valvule iléo-cœcale, du côté du bord convexe de l'intestin. Il avait une forme ovoïde, une consistance ferme, il était du volume d'une noix. Sur une coupe la tumeur offre un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblent partir du pédicule et se portent dans le sens du plus grand diamètre du polype.

Ce tissu examiné au microscope n'est formé que de deux éléments, du tissu lamineux et des fibres musculaires lisses dirigées toutes dans le même sens, celui suivant lequel le tissu était strié. En conséquence le polype paraît formé par l'hypertrophie de la couche musculaire et de la couche celluleuse de l'intestin.

**Observation** de M. Lecourtois interne, M. Duguet (*Bulletin de la Société anatomique* XLI, p. 473, 1872?)

« Voici en quelques mots le résultat saillant de l'autopsie pratiquée par M. Lecourtois sur son malade âgé de 25 ans. La lésion principale se trouve à la terminaison du duodénum. Là un polype obture complètement le canal de l'intestin, réduit à un conduit d'une circonférence de 20 millimètres environ. L'examen de cette production démontre qu'elle est constituée par une masse de tissu conjonctif entremêlé peut-être d'après la description qu'il en est donnée de quelques fibres musculaires lisses.

Au dessous de cette tumeur, l'intestin présente à sa surface extérieure un rétrécissement en partie comblé par des fausses membranes nacrées, très résistantes et par conséquent de date assez ancienne. Le rétrécissement est suivi d'un petit bourrelet dû à un commencement d'invagination ».

**Observation** de M. Reclus publiée dans la *Revue de Chirurgie*, juin à août 1900.

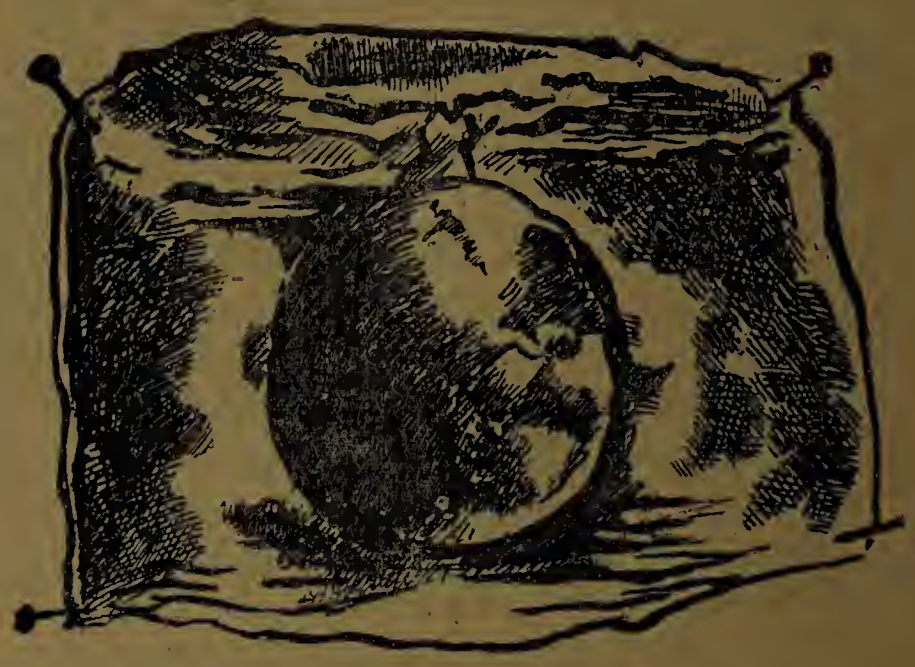
Un malade déjà laparotomisé deux fois entra moribond à l'hôpital. M. Faure appelé trouve une invagination produite « par un polype ».

Il résèque 87 centimètres d'intestin grêle et le malade guérit.

Au bout de quelque temps, il revint avec des accidents à allure chro-

## PLANCHES

*dues à l'obligeance de notre excellent ami le docteur* Didier.



Myxo-fibrome de l'intestin grêle présenté à la *Société anatomique* octobre 1907.

Myxo-fibrome de l'intestin grêle.

nique. On fait la laparotomie et on trouve l'intestin agglutiné en gâteau. On enlève encore 40 à 50 centimètres d'intestin ; mais la suture est difficile. Au bout de quelques jours il se fait une perforation. On doit faire une nouvelle opération et pratiquer la suture par anastomose latérale. Le malade succombe.

**Observation** de Collignon (*Myxo-fibrome de l'intestin grêle*).

*Obstruction intestinale par invagination consécutive à une tumeur bénigne de l'intestin grêle.* — Le 27 juillet 1907, M. Leuret, chirurgien adjoint à l'hôpital St-Joseph, est appelé en consultation auprès de Mme J...., âgée de 45 ans.

Cette malade constipée habituellement et présentant depuis quelque temps des troubles digestifs vagues accompagnés d'amaigrissement progressif, avait été prise brusquement le 23 juillet de douleurs vives dans le ventre et vomissements alimentaires.

On pense d'abord à un embarras gastrique et on prescrit un purgatif, le lendemain les vomissements persistent, la constipation est absolue. Le médecin propose alors une consultation avec un chirurgien, qui n'est acceptée que le quatrième jour. M. Leuret voit la malade le matin. Le facies est bon ainsi que l'état général, le pouls et la température normaux.

Cependant les vomissements ont un aspect et une odeur fécaloïdes. Le ventre est uniformément ballonné et depuis quatre jours il n'a été rendu ni matières, ni gaz.

Le toucher rectal et le palper ne donnent aucun renseignement. Etant donné l'âge de la malade, l'amaigrissement progressif, le diagnostic posé est celui d'obstruction intestinale par cancer. L'intervention n'est acceptée qu'à 9 heures du soir. Laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite pratiquée par M. Leuret. Le cœcum est vide. L'opérateur remonte l'intestin grêle qui est vide jusqu'à 50 centimètres de la valvule et à cet endroit il rencontre une invagination d'environ 10 centimètres de long.

Aucune traces d'adhérences.

Par expression avec traction légère il réduit l'invagination et constate alors la présence d'une tumeur dure de volume d'une noix dont il pratique la résection suivie d'anastomose termino-latérale avec le bouton de Murphy.

Le lendemain matin, bon état général, pouls normal et bien frappé, température 37°.

Pas de vomissements, mais absence complète de matières et de gaz, même avec la sonde rectale. Le soir, l'état général décline, le pouls s'accélère, la malade continue à ne rien rendre par l'anus. Craignant la reproduction d'un obstacle, quelques gouttes de chloroforme sont données à

la malade qui permettent de constater que l'intestin est parfaitement perméable.

Pas de traces d'inflammation du péritoine, mais l'intestin est distendu par paralysie.

La malade meurt dans la nuit après avoir rendu des matières liquides par la sonde.

L'examen anatomo-pathologique de la portion d'intestin réséqué fut confié à M. Lorrair, chef de laboratoire de l'hôpital St-Joseph, et voici la note communiquée par ce dernier :

« La pièce donnée à examiner est un fragment d'intestin grêle long de 7 centimètres.

L'intestin étant incisé suivant la ligne d'insertion du mésentère et ouvert on voit :

Une tumeur de forme régulièrement sphérique du volume d'une grosse noix de 3 centimètres de diamètre environ et assez largement implantée sur l'intestin du côté opposé à l'insertion du mésentère.

Cette tumeur remplit complètement la cavité intestinale : on la sent très nettement à travers les parois de l'intestin et il existe sur la surface externe de celui-ci, une légère saillie qui correspond au point d'implantation de la tumeur.

Sur les coupes on constate qu'il s'agit histologiquement d'une tumeur conjonctive se rapprochant du myxo-fibrome.

La partie superficielle de la tumeur en contact avec la cavité intestinale est légèrement nécrosée et ne présente pas de revêtement épithélial. La muqueuse intestinale semble s'arrêter au pédicule très court qui sert de base d'implantation à la tumeur ».

## OBSERVATIONS DU GROS INTESTIN

**Observation** de Monro Alexander (*The morbid anatomy of the human gullet Stomach and intestines*, XXV, 567 pp. 17. Edinburgh, A. Constable et Co, 1811).

Des polypes ont été parfois trouvés dans l'intestin, notamment au niveau du gros intestin. J'ai eu l'occasion d'observer un cas de polype de l'angle sigmoïde du côlon, lequel remplissait la lumière du canal à tel point qu'on n'y pouvait introduire une plume d'oie.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une production spongieuse au niveau de l'arc transverse du côlon.

Rhodius a fait mention d'un cas analogue et Fantonus a observé chez un homme atteint de dysentérie un polype de 8 pouces de long pesant plus d'une livre anglaise, celui-ci était muni d'un court pédicule.

Ces polypes donnent lieu à des coliques, à des symptômes d'obstruction

dus à l'obstacle apporté à la circulation fécale : vomissements, constipation. Ces malades meurent dans le marasme.

La portion située au-dessus est dilatée. Parfois il y a élimination par les fèces donnant lieu à un soulagement qui n'est que momentané.

**Observation** de Baillie (*Morbid anatomy de Matthew Baillie,* 5e édition, page 187. Londres, 1818).

Il peut arriver que des tumeurs polypeuses se forment dans le gros intestin, mais cette variété pathologique n'est pas fréquente.

Elles se trouvent surtout dans la partie basse du rectum ; mais on les trouve quelquefois aussi dans l'anse sigmoïde du côlon.

Elles naissent de la surface interne de l'intestin par un collier étroit ou pédicule et remplissent suivant leurs dimensions une partie plus ou moins grande de la cavité intestinale.

Je me rappelle avoir rencontré un polype presque aussi grand que le poing qui se trouvait dans l'anse sigmoïde du côlon et fut cause d'une obstruction intestinale mortelle. Lorsque le polype est situé très bas dans le rectum et surtout s'il n'est pas trop grand on peut l'enlever après ligature et le cours des matières se fait de nouveau comme avant le développement du polype.

**Observation** de Portal citée dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* par Duchaussoy, 1860, XXIV.

Un consul d'Espagne, M. Paulo, éprouva à diverses époques des douleurs très violentes dans la région iliaque gauche, des vents, des coliques souvent suivies de vomissements. Son ventre se gonfla ; il passa plus d'un mois sans aller à la garde-robe avec une jaunisse affreuse. Son corps était réduit au dernier degré de marasme ; enfin on craignait que le malade ne périt de fièvre lente lorsqu'il rendit par le fondement une concrétion carniforme de la grosseur du poing ; les selles se rétablirent, le malade parut guéri et jouit en effet de la meilleure santé. Cependant environ deux ans après il tomba dans le même état que nous venons de décrire et qui ne finit que par l'excrétion par la voie des selles d'une concrétion semblable à la première.

Les accidents se renouvelèrent deux ou trois mois après : la fièvre lente survint et le malade périt dans le marasme.

Je fis faire l'ouverture de son corps qui nous apprit que l'intestin côlon au-dessus de sa valvule était plein de tumeurs polypeuses adhérentes à ses parois.

Il y en avait quatre de la grosseur d'une noix et deux autres petites comme des noisettes lesquelles sans doute, si le sujet avait vécu, auraient fini par acquérir un plus grand volume.

Les parois du côlon paraissaient ulcérées en divers endroits et étaient couvertes de vaisseaux variqueux.

Sans doute que les tumeurs que le malade avait rendues par les selles étaient de la même nature que celles qu'on a trouvées dans l'intestin côlon et qui n'avaient pu également se détacher.

**Observation** de Birkett publiée dans les *Mémoires de l'Académie de Médecine* (Duchaussoy).

Homme de 58 ans, laboureur.

Troubles dans la santé depuis quelques mois, de la diarrhée ou de la constipation.

Grande douleur dans tout l'abdomen. Emaciation.

La défécation s'opérait sans difficulté. Ses souffrances s'aggravent à Noël et il entre à l'hôpital du Guy. Se plaint d'une douleur dans toute la région abdominale mais surtout dans l'hypocondre droit et au-dessous de l'ombilic où il y avait de la sensibilité à la pression. Léger empâtement à la région ombilicale, mais pas de hernie. Nausées, vomissements surtout s'il veut prendre des aliments. Constipation invincible depuis une semaine.

Abdomen tendu, mais non résonnant.

Gonflement dans le canal inguinal droit, pas de hernie. Une consultation entre les docteurs Babington, Cock et Birkett a pour résultat une opération à faire dans le canal inguinal dans l'espérance qu'on y trouvera une portion d'intestin étranglée.

L'opération est faite par M. Birkett ; on ne trouve qu'un vieux sac herniaire très épais. Les symptômes continuent malgré l'injection d'un lavement abondant donné à l'aide d'un long tube.

On délibère pour ouvrir le côlon ascendant après un vomissement d'une grande quantité de matières fécales.

Le siège de l'obstruction paraissait limité entre le côlon ascendant et le côlon descendant.

On hésita parce que la région lombaire droite ne présentait aucun empâtement et le malade mourut 94 jours après son admission.

*Autopsie*. — Péritonite récente. Quelques tubercules dont l'un a un quart de pouce anglais (6 millimètres) de diamètre sont trouvés dans le grand épiploon ; ils sont probablement cancéreux. Le petit intestin, le cœcum et le côlon ascendant sont très distendus par des fèces fluides.

L'arc et le reste de l'intestin contiennent peu de gaz et quelques scybales.

L'angle droit du côlon était serré comme si un bout de corde avait été passé autour. En ce point, une production était attachée à la paroi antérieure de l'intestin.

Elle était de la nature appelée par Rokilaswky, Gerlach et Schutz Zotten crebs (Villous cancer), la masse consistait en villosités vasculaires, formées d'éléments fibreux et revêtues d'épithélium à colonnes.

Il n'y avait pas de cancer ailleurs.

Au-dessus de la tumeur la membrane muqueuse fortement plissée formait une espèce de valvule qui contribuait à l'obturation (Birkett).

**Observation** de CHEVALLIER et CHAMBARD. 1878. *Fibro-myxome. Invagination intestinale produite par un polype muqueux de l'intestin. Procidence de la tumeur et de l'intestin par l'anus.* — Observation et pièce anatomique présentées par MM. Chevalier de Segré et Chambard interne des hôpitaux : *Bulletin de la Société anatomique*, tome III, page 249.

« Ménard, garçon de 12 ans, est pris subitement il y a 7 mois d'accidents d'étranglement interne. Arrêt des matières fécales, vomissements alimentaires et bilieux, douleur dans l'hypocondre droit. Au palper abdominal, sensation obscure de tumeur au niveau du côlon ascendant. Au bout de 3 jours, retour des matières fécales en petite quantité. Douleurs atroces accusées par l'enfant sous forme de coliques se répétant de 20 à 30 fois par jour et ne cessant que par l'emploi de plus en plus abusif des injections de morphine. Aussitôt que l'effet du médicament cessait, les coliques reprenaient. L'enfant accusait parfois des douleurs pour pousser. D'autres fois des douleurs qui remontaient en boule (contraction péristaltique et anti-péristaltique de l'intestin. La tumeur se déplaçait peu à peu venant se placer sous le muscle du côté droit d'abord, puis plus tard sous le même muscle à gauche. Très sensible à certains moments, beaucoup moins à d'autres. Le temps s'écoulait, l'enfant maigrissant et s'affaiblissant ; cependant l'appétit persistait ; l'intelligence était complète et l'enfant rendait compte de ses sensations, « il lui semblait avoir comme 2 bosses dans le ventre ». Il y a 3 mois environ, la tumeur ayant atteint l'hypocondre gauche fut pendant ce laps de temps difficile à sentir ; elle échappa même quelque temps à toute recherche.

Il y a 6 semaines au contraire, on retrouvait dans la fosse iliaque gauche un empâtement volumineux très caractérisé l'enfant à ce moment eut des vomissements marc de café, abondants durant une nuit, et à partir de ce moment la tumeur étant tombée dans la fosse iliaque droite très près du pubis, les douleurs cessèrent ou diminuèrent au point qu'on dut abandonner complètement l'usage de la morphine.

Alors survinrent de la difficulté de la miction et à la place des selles noires des selles dysentériques sanglantes et glaireuses. Il est juste d'ajouter qu'il en avait eu de semblables tout au début de l'affection alors que cédèrent les premiers symptômes d'étranglement. Les selles sanglantes continuèrent pendant 15 jours à 3 semaines, puis les douleurs en poussant survinrent de nouveau et dimanche 31 mars il apparaissait au rectum et peu après à l'anus une tumeur volumineuse, dure, bosse-

lée, mamelonnée et pédiculée ayant l'apparence d'un polype fibro-musculaire.

Au toucher rectal, on sentait au-dessus de cette portion herniée une autre partie malade dure bosselée, puis le doigt entrait dans un anneau qui se contractait.

Ayant pensé à l'écraseur pour enlever cette production morbide, le lundi 1er avril, je tirai légèrement la tumeur herniée, et j'amenai une deuxième tumeur de même nature que la première avec cette différence que le point d'implantation était moins étendu. Le tout avait la forme d'une courge bilobée à son centre.

Au-dessus, il y avait un orifice par lequel le doigt reconnaissait par le toucher rectal, le calibre intestinal diminué. Au contraire, tout auteur de la masse herniée et située entre les cuisses de l'enfant, on pouvait toucher par l'anus et circonscrire de la sorte la tumeur. En un mot ou pouvait à la fois pratiquer le toucher dans le rectum et dans l'intestin invaginé.

L'enfant ayant été pris dès le samedi de vomissements bilieux incoercibles et depuis la « sortie » du lundi n'ayant plus ramené de matières intestinales présentait de nouveau des symptômes d'étranglement interne, toute idée d'opération fut abandonnée et l'enfant succombait en effet le mardi 2 avril 1878 à 8 heures du matin.

Jamais il n'avait eu le teint cachectique jaune paille ; il avait une bonne santé antérieure. Pour tout commémoratif des affections intestinales : diarrhées de la première enfance et un coup reçu à l'école deux mois environ avant le début du mal.

Dans la famille, le père est maréchal et se porte bien. La mère a eu de nombreuses grossesses et a rendu une môle il y a environ 3 à 4 ans. Les frères et sœurs ont une bonne santé. En résumé, l'affection débuta subitement par les symptômes d'étranglement et je pensai avec mon confrère le docteur Poidevin à une valvule ou à une invagination. C'était d'ailleurs la vérité, mais nous ne pouvions nous expliquer la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit et nous songions plutôt à un empâtement qu'à une tumeur véritable.

Puis la marche de l'affection nous dérouta si bien que nous ne pouvions nous expliquer le tableau morbide qui se déroulait sous nos yeux.

Nous nous expliquions tout et le dimanche même ou plutôt le lundi, alors que par le toucher nous pûmes entrer d'une part dans le calibre de l'intestin, de l'autre par l'anus, circonscrire la tumeur, nous nous rendîmes compte de tout ce qui s'était passé depuis 7 mois.

L'invagination au début dans l'hypocondre droit, la migration singulière de cette tumeur tout le long du côlon transverse, du côlon descendant, de l'S iliaque et du rectum, et je pus déclarer en présence de plu-

sieurs personnes, que le point d'implantation de la tumeur pouvait-être reporté jusqu'au niveau du côlon ascendant à la première portion du gros intestin.

*Examen de la pièce.* — Cette interprétation fut pleinement confirmée par les résultats de l'autopsie et par la dissection de la pièce.

L'invagination mesurait 0 m. 30 à 0 m. 35, une portion du petit intestin, le cœcum, l'appendice iléo-cœcal et une portion du côlon ascendant s'étaient invaginés dans l'arc du côlon, avaient parcouru tout le gros intestin, étaient sortis par l'anus, et formaient un prolapsus de plus de 0 m. 25 de longueur.

Une notable portion du mésentère avait suivi l'intestin et s'était invaginé avec lui.

Au niveau de la portion moyenne du duodénum, l'épiploon formait une bride qui, tendue au devant de l'intestin, l'aplatissait entièrement. Au moment de l'ouverture du cadavre, cette bride qui résultait sans doute du tiraillement progressif de la tumeur parat avoir été la cause déterminante de la mort de l'enfant.

Pas de traces de péritonite. Le foie, la rate, le pancréas sont sains.

Il s'agit donc là d'une invagination à trois cylindres qui en sortant par l'orifice anal s'est transformée en invagination à 2 cylindres. Si en effet on incise méthodiquement les tuniques intestinales, on constate ce qui suit :

Dans la portion encore contenue dans la cavité abdominale, on incise d'abord la partie inférieure du gros intestin qui constitue le cylindre invaginant. Cette incision met à nu une tumeur cylindroïde bosselée et contournée sur elle-même qui est la partie supérieure du côlon. Une seconde incision portant sur le cylindre moyen découvre l'intestin grêle et la corde mésentérique tous les deux fortement hyperhémiés et présentant déjà quelques adhérences avec le cylindre moyen. Dans la portion sortie de la cavité abdominale par l'anus, l'invagination n'est plus qu'à deux cylindres et l'extrémité inférieure du cylindre interne qui est constitué par l'intestin grêle, présente une tumeur polypeuse, piriforme dont les caractères extérieurs n'ont pu être bien appréciés, la pièce ayant été envoyée dans l'alcool, mais qui nous parut cependant à première vue formée de tissu fibreux. Cette tumeur était lisse, du volume d'une petite poire aplatie tranversalement ; sa base d'implantation, au niveau de laquelle s'arrêtaient les valvules conniventes de l'intestin grêle était aussi entourée de petites tumeurs analogues, mais beaucoup moins volumineuses.

Implantée sur la surface interne de l'intestin grêle la tumeur principale paraît en occuper toute l'épaisseur. Et cependant longitudinalement on constate dans ses parties profondes et tout près de la face séreuse de

l'intestin, de petits nodules arrondis dont l'un a été mis à part pour être soumis à l'examen microscopique.

Ainsi tout s'explique :

1° Les accidents du début étaient le commencement de l'invagination.

2° Le cours des matières rétabli, la nature a pu suffire à faire progresser la tumeur dans un trajet aussi considérable, au prix d'atroces souffrances ; mais grâce à la morphine, la migration a été lente et il y a eu assez d'accoutumance de l'organisme pour permettre un changement considérable dans les rapports mutuels des organes intestinaux.

3° Le vomissement marc de café, les selles sanglantes du début et de la fin s'expliquent d'eux-mêmes par des ruptures de vaisseaux pendant le voyage de la tumeur.

Les selles glaireuses et dysentériques de la fin sont également expliquées par l'irritation du rectum comprimé par la tumeur.

4° La mort par étranglement interne a été déterminée par cette bride épiploïque, tendue sur le duodénum qui s'est formée peu à peu, et est arrivée à son maximum au moment de l'issue de la masse morbide par l'anus.

*Examen microscopique par M. Chambard.* — Des fragments de la tumeur sont durcis par macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Les coupes sont colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine picro-carminatée.

*Faibles grossissements.* — On est frappé de la vascularité de toute la partie de la tumeur.

Dans certaines coupes on aperçoit des nodules arrondis de 6 ou 8 millimètres de diamètre qui semblent presqu'uniquement constitués de vaisseaux et sont entourés d'une coque fibreuse.

*Forts grossissements.* — Le tissu de la tumeur est uniquement constitué par des faisceaux conjonctifs minces dirigés en tous sens ou disposés dans une direction parallèle mais unis lâchement entre eux.

Ces faisceaux forment des mailles d'autant plus larges qu'on se rapproche des couches profondes de la tumeur et qui contiennent une matière granuleuse et de nombreuses cellules muqueuses ainsi que des cellules du tissu conjonctif étoilées et volumineuses semblables à celles que l'on rencontre dans le tissu muqueux normal ou pathologique.

En outre, aux fibres du tissu conjonctif se trouvent accolées un grand nombre de fibres musculaires lisses qui ne forment nulle part cependant de faisceaux et de plans continus.

La tumeur est parcourue par des vaisseaux très nombreux et extrêmement dilatés sans qu'on puisse cependant saisir aucune altération de leurs parois qui sont complètement développées. Les plus gros d'entre

eux sont accompagnés d'une gaîne de tissu fibreux qui par son homogénéité, sa densité, contraste avec la cavité du tissu conjonctif qui constitue tout le reste de la masse pathologique.

La surface de la tumeur est formée de tissu conjonctif dense également, parcouru par les vaisseaux fortement dilatés : on y rencontre des tubes cylindriques remplis d'un détritus granuleux et parsemé de granulations graisseuses qui représentent sans doute les glandes en tube de la muqueuse intestinale atrophiées et remplies de cellules épithéliales entièrement dégénérées. Les couches les plus superficielles ne sont plus représentées que par une matière granuleuse ayant toute l'apparence de la désintégration gangréneuse.

Il résulte donc de cet examen que la tumeur est uniquement formée de tissu myxomateux qui semble s'être développée dans la tunique cellulaire de l'intestin. Ce tissu a ensuite envahi les couches musculeuses et dissous les plans musculaires qui les constituent et dont les éléments se retrouvent sous forme de fibres cellules éparses et isolées.

Quant à la couche muqueuse, si elle n'a pas été envahie par la transformation myxomateuse des autres tuniques intestinales, elle a subi, dans ses couches les plus superficielles, un processus de destruction moléculaire et ses glandes ont été détruites par un processus de dégénérescence granulo-graisseuse, dû, sans doute à la gêne de la circulation dans les réseaux capillaires qui président à leur nutrition.

Quant à la dilatation vasculaire qui est considérable on peut certainement la considérer comme consécutive à la gêne de la circulation dûe à l'étranglement et qui s'est manifestée aussi bien dans la tumeur que dans les anses intestinales invaginées.

Elle s'est produite d'autant plus facilement par une dilatation vasculaire passive que les vaisseaux étaient mal soutenus par le tissu myxomateux au sein duquel ils étaient plongés.

Les corps arrondis que nous avons rencontrés sur certaines coupes sont entourés d'une coque fibreuse épaisse de laquelle émanent des cloisons fibreuses qui se dirigent dans leur intérieur et se résolvent en un tissu conjonctif réticulé à mailles parfaitement régulières et bourrées de cellules lymphatiques. Dans l'intérieur de ces corpuscules les vaisseaux sont énormément dilatés sinueux pourvus de parois parfaitement développées et si nombreuses qu'en beaucoup de points, ils se touchent les uns les autres et donnent l'idée d'un véritable angiome.

Le tissu conjonctif dans lequel ces corps sont contenus est du tissu myxomateux extrêmement lâche au milieu duquel se voient des vaisseaux énormes et les pelotons adipeux. Nous croyons pouvoir considérer ce corps comme des ganglions lymphatiques, situés dans le tissu cellu-

laire sous séreux de l'intestin et ayant subi par le fait de l'étranglement une énorme congestion passive.

Pour nous résumer, nous regardons la tumeur, qui est la cause de l'invagination intestinale, comme constituée par du myxome pur, ayant débuté probablement par la tunique celluleuse de l'intestin et participant à la stase passive sanguine qui s'observe dans toute anse intestinale étranglée.

**Observation** de Luton rapportée par Heurtaux dans l'article « Polypes » du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* 1880.

Cas de deux polypes trouvés à l'autopsie d'une petite fille de 4 ans.

Ils étaient assez rapprochés l'un de l'autre et siégeaient dans l'S iliaque.

Ils avaient le volume d'une grosse noisette et des pédicules de 3 centimètres environ.

Ces tumeurs n'avaient causé aucun symptôme, l'enfant étant morte de rougeole on les trouva par hasard à l'autopsie.

**Observation** de M. Michaux publiée dans la *Revue de Chirurgie* de juin à août 1900.

Une femme de 56 ans entre à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë remontant à cinq jours.

L'existence d'une masse compacte dans la fosse iliaque gauche permit d'émettre l'hypothèse d'une invagination siégeant au niveau de la partie inférieure du côlon descendant.

Ce diagnostic fut verifié par l'opération. La portion invaginée était extrêmement serrée au niveau du collet et sa réduction impossible. M. Michaux incise le collet et l'anse invaginante et la désinvagination ne s'obtient toujours pas.

Il incise alors l'anse invaginée qui montre alors « un gros polype lobulé ».

On résèque ce dernier, et la désinvagination ne s'obtient toujours pas. M. Michaux tente alors l'anastomose entéro-rectale qu'il dut abandonner.

Pressé de finir ensuite l'opération il fait un anus contre nature. La malade succombe, au cinquième jour.

M. Michaux fait remarquer à l'occasion de ce fait que l'invagination offre chez l'adulte beaucoup plus rarement que chez l'enfant la forme suraiguë et que d'autre part cette invagination est souvent produite par un polype, affection rare chez l'enfant.

« Comme traitement, si on laisse de côté l'anus contre nature et la désinvagination par laparotomie qui ne doivent être pratiquées que dans certaines conditions, la question se fixe contre la résection de toute l'in-

vagination et la résection seule du boudin invaginant invaginé après incision du cylindre ».

La première constitue l'opération radicale, mais est encore extrêmement grave.

Aussi M. Michaux reste-t-il encore partisan de la seconde.

**Observation** de MULLER (Un cas de fibrome sous-muqueux de l'intestin. LXXVI^e *Versammlung der Naturforsche und aezte in Breslau* 18-24 septembre 1904).

« Cas d'un homme de 60 ans qui avait présenté des symptômes d'occlusion intestinale chronique. On sentait dans la région hypogastrique gauche une tumeur du volume d'un œuf d'oie.

Cet homme avait des selles muco-sanguinolentes.

Je pensais *à priori* tomber sur un carcinome du côlon ascendant ou de l'anse sigmoïde.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une tumeur dont la singularité réside dans la constitution anatomique. Nous devons admettre en effet que les fibromes de l'intestin sont rarement observés On a plus souvent affaire à des sarcomes métastatiques à des myomes à des lipomes ».

## CONCLUSIONS

1. Les polypes intestinaux s'accompagnent en général et se compliquent d'invagination et d'obstruction.

2. L'obstruction relève surtout de l'invagination, rarement du polype seul.

3. Ces polypes se rencontrent à peu près également dans le gros et le petit intestin et s'observent dans la proportion de 1 et demi pour 100 des invaginations des adultes (statistique de Haven portant sur 258 cas d'invaginations, 4 polypes).

4. Ils sont de nature fibreuse dans la majorité des cas, on en trouve cependant de nature lipomateuse, myomateuse, glandulaire.

5. Malgré leur bénignité histologique, ils deviennent mécaniquement dangereux par les complications physiques qu'ils amènent au niveau de leur implantation.

6. Leur diagnostic est presque toujours illusoire sauf dans les cas où ils sont assez bas situés pour être accessibles au toucher rectal.

7. Si le diagnostic de ces tumeurs peut être fait, le traitement en est rapide avec guérison sans récidive par l'exerèse.

VU :
*Le Président de la thèse,*
RECLUS.

VU :
*Le Doyen,*
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*
L. LIARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


ALLEN. — *Archives générales de médecine*. 1845. Tome I.

BAILLIE. — *Morbid anatomy London*. 1812.

BAUER. — *Cyclopedia Pract. Med. Ziemssen*, n° 75. 1876.

BESNIER. — *Mémoire sur les étranglements internes de l'intestin*.

CHEVALLIER-CHAMBARD. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1878. Tome III. page 249.

CLOQUET. — *Atlas d'anatomie pathologique*. Tome III Livre XXII.

CRUVEILHIER. — *Atlas d'anatomie pathologique*. Tube digestif.

DANCE. — *Mémoire sur les invaginations morbides de l intestin*.

DUBRUEIL. — *Bulletin de la Société anatomique*. IX, 1864.

DUCHAUSSOY. — *Mémoires de l'Académie de médecine*. XXIV, 1860.

DUGUET. — *Bulletin de la Société anatomique*. XLIe année.

FANTONUS. — *Observationum rariorum analecta*.

FERNET. — *Bulletin de la Société anatomique* (Tome IX, 1864).

FISCHER. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1859.

GUIBÉ. — *Revue de chirurgie*. 1908.

HAVEN. — *Statistico of troo hundred and fifty eight cases of intestinal obstruction*. Philadelphia TK. et PG. Collens. 1855.

HEURTAUX. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

HOMOLLE. — *Bulletin de la Société anatomique*. XIV. 1870.

JEANNEL. — *Chirurgie de l'intestin*. 1898.

LAUGIER. — *Bulletin de la Société anatomique*. XL. Tome II.

LECÈRE. — Les tumeurs malignes primitives de l'instestin grêle. *Thèse de Paris*. 1904.

MICHAUX. — *Revue de chirurgie*. Juin à août 1900.

MONRO. — *The morbid anatomy of the human gullet Stomach ana intestines*. XXV. Edinburgh Constable. 1811.

MOREL. — *Bulletin de la Société anatomique*. Tome I. 1876.

MULLER. — LXXVI. *Versammlung des Naturforscher und äezte in Breslau*. 18-24 septembre 1904.

NÉLATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, tome IV.

Ogier-Ward. — *Transact of Pathol. Society*. 1845.
Peacock. — *Transact of. Pathol. Society*. 1845.
Prescott-Hervet. — *Transact of. Pathol. Society*. 1845.
Rochard. — Problèmes cliniques sur l'occlusion intestinale.
— L'occlusion intestinale aiguë (*Bulletin de thérapeutique* 1904).
Reclus. — *Revue de Chirurgie*, juin à août 1900.
Texel. — *Revue de Chirurgie*. 1903.
Tuffier. — *Bulletin de la Société anatomique*. Tome IX, 1881.
Ward Samuel. — *Presse médicale*, 25 décembre 1907.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.